

MEDICINSK VETENSKAP & PRAXIS

NYA RAPPORTER Intensivbehandling av diabetes |4
ICD mot svår arytm |7 Läkemedel vid opioidberoende |21



Hur kan samhället hindra ohälsa?

Många politiska beslut påverkar medborgarnas hälsa, direkt eller indirekt. Men de medicinska följderna beaktas sällan när besluten fattas. Kunskapen om effekterna på folkhälsan är dålig.

I massmedierna och den offentliga debatten ligger tonvikten ofta på vad varje individ själv kan göra för att förebygga sjukdom och må bättre.

Men Denny Vägerö, professor i medicinsk sociologi vid Karolinska institutet och Stockholms universitet, framhåller att hälsa inte enbart är en individuell egenskap, utan också något kollektivt.

– Individens hälsa och motståndskraft påverkas ju också av miljön och sammanhanget, förklarar han.

– När många individer utsätts för

Kenyon Platt / Getty

USA vill satsa stort på utvärdering

Smaka på det nya begreppet som snart är i var mans mun. CER, *Comparative Effectiveness Research* – fältet som den amerikanska kongressen vill satsa 1,1 miljarder dollar på. Som så ofta när någon vill lansera ett nytt begrepp talas det om paradigmskifte. Men är detta verkligen något nytt?

Egentligen inte. När den amerikanska vetenskapsakademiens Institute of Medicine nyligen analyserade sex olika definitioner av CER, fann de det som i Sverige kallas utvärdering av medicinska metoder och som bör användas som beslutsunderlag i vården.

I själva verket handlar satsningen om att försöka återupprätta en verksamhet som den amerikanska kongressen själv, efter en del politiska turer, vingklippte år 1995. Då skrotades nämligen pionjärarbetet vid Office of Technology Assessment (OTA), världens första vetenskapliga utvärderingsorgan för sjukvården. Det som nu sker är att landets ledning försöker blåsa liv i ett viktigt forskningsfält som USA länge ledde, men som landets senare maktthavare till stor del kvävde.

Satsningen är naturligtvis glädjande och ytterst välbehövlig. Den nya administrationen har insett att man måste komma i kapp de andra nationer runt om i världen som inrättat särskilda utvärderingsorgan liknande SBU för att jämföra olika medicinska insatserns nytta, risker och kostnader så att man kan få mer och bättre vård för pengarna.

Därmed återtar den federala nivån sitt ansvar för att utvärdera de metoder som används i den gemensamt finansierade sjukvården. Inget paradigmskifte, snarare ett återuppvaknande ur en lång dvala, i ett land som har världens överlägset dyraste – men långt ifrån bästa – sjukvårdssystem. Men något nytt handlar det inte om.

När SBU inrättades år 1987 var det som nummer två av världens utvärderingsorgan för medicinska metoder (se sidan 15). Inte ens när OTA hade skapats 15 år tidigare var det någon helt ny tanke att medicinska metoder måste jämföras systematiskt innan de får bred spridning. Vi får vrida tillbaka klockan betydligt längre än så för att komma till de verkliga pionjerna när det gäller att förespråka systematisk prövning av olika behandlingar. Före Archie Cochrane, före Austin Bradford Hill och till och med före James Lind i 1700-talets Storbritannien.

Faktum är att behovet av att testa medicinska teorier empiriskt beskrevs till exempel av medicinmannen Ibn Hindu i Teheran redan för över tusen år sedan: "... pröva flera mediciner en i taget på kroppar av olika typ, om och om igen, varefter [medicinerna] var och en tillskrivs den effekt som ständigt återkommit vid deras användning".

Men människans minne är kort, och intresset för att testa och jämföra behandlingsmetoder innan de tillämpas i full skala har som bekant varierat kraftigt genom åren. I ett historiskt perspektiv kan USA:s nysatsning på utvärdering av medicinska metoder få stor betydelse för folkhälsan – och det kommer inte en dag för tidigt.



RAGNAR LEVI, REDAKTÖR



samma riskfaktor i sin gemensamma omgivning, har vi ett folkhälsoproblem. Det kan handla om allt från dålig livsmedelshygien och bristande smittskydd till skadliga arbetsmiljöer.

SAMHÄLLET'S ANSVAR

Många sådana hälsorisker ligger utanför den enskildes kontroll, enligt Denny Vägerö. Då måste samhället ta ansvar för att försöka kontrollera riskerna och bygga upp människors motståndskraft – direkt eller indirekt.

– Flera viktiga verktyg för att förbättra folkhälsan ligger på samhällsnivå, till exempel politiska beslut och lagstiftning. Samhället kan också vidta åtgärder som riktar sig till individer eller grupper, som hälsouppllysning.

Men vad vet vi egentligen om resultaten av sådana insatser för att förbättra folkhälsan? Hur effektiva är olika metoder, och vilka krav på vetenskapliga bevis är det rimligt att ställa?

– Helt klart borde vi ställa tydigare krav på utvärdering även när det gäller förebyggande åtgärder på gruppnivå, säger SBU:s direktör Måns Rosén, professor i epidemiologi.

– Men när man utvärderar folkhälsoinsatser, uppstår speciella problem. Det går sällan att använda samma forskningsmetod som när det gäller medicinska behandlingar.

KRÄVS MÅNGA

– En svårighet är till exempel att många av de sjukdomar som man vill förebygga, som cancer och hjärt-kärlsjukdomar, utvecklas under så lång tid. Uppföljningen blir problematisk. Det skulle krävas väldigt många försöksdeltagare och decennier av uppföljning innan randomiserade studier kunde visa alla statistiskt säkerställda effekter av ändrade levnadsvanor.

Måns Rosén ger ett exempel. Trots att tobaksrökning orsakar många allvarliga eller dödliga sjukdomar, var det

mycket svårt att i randomiserade studier visa effekterna av rökstopp på cancer, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), allergi, höftfraktur och tandlossning. Det behövdes observationsstudier, till exempel kohortstudier, för att påvisa att rökstopp minskar sjuklighet och dödlighet.

METODPROBLEM

– Ett annat metodproblem är att det ofta uppstår en "smittoeffekt" mellan försöksgrupp och kontrollgrupp i randomiserade studier av samhällsprogram för att påverka människors levnadsvanor.

– Försöker man förbättra den ena gruppens kostvanor, öka deras fysiska aktivitet och få dem att sluta röka, händer det ofta att även kontrollgruppen påverkas. I en randomiserad studie betyder det att effekten av sådana insatser underskattas. Allmänna trender i samhället påverkar båda grupperna, något som också kan sudda ut verkliga skillnader mellan dem. Problemet ökar förstås om insatserna riktar sig till stora befolkningsgrupper, säger Måns Rosén.

– Dessutom kan det hända att åtgärder för att förbättra levnadsvanorna även påverkar de närstående som inte deltar i studien. Anhöriga får också nytta av insatsen – men de märks inte i studien.

SURROGAT BEHÖVS

Ytterligare en skillnad jämfört med utvärdering av behandlingsmetoder är att forskarna kan behöva använda så kallade surrogatmått.

– Om man till exempel testar åtgärder för rökstopp, kan det vara metodologiskt bättre att mäta effekten på riskfaktorer, som rökvanor, eftersom

effekten på sjuklighet och dödlighet riskerar att dränkas av alla störande förväxlingsfaktorer, *confounders*, i vår omgivning.

Men det är viktigt att komma ihåg att folkhälsan påverkas av betydligt fler faktorer än av det som kallas folkhälsoarbete, påpekar Denny Vägerö.

– Våldigt många beslut som fattas i riksdagen har effekter på folkhälsan: arbetsmarknadspolitik, utbildningspolitik, socialpolitik, skattepolitik, jordbrukspolitik ...

BEAKTAS INTE

– Men politiska debattörer glömmer gärna att allt som påverkar människors utbildning, arbete, boende, familjeliv, privatekonomi och levnadsvanor också kan få medicinska följder. Problemet är att

hälsoeffekterna inte är kända – eller inte beaktas. Evidensen är svag, och den kunskap som finns om olika samband är inte spridd.

Befolkningens hälsa borde få större politisk tyngd, anser Denny Vägerö, och efterlyser en parlamentarisk utredning på området.

– Mitt intryck är att omedvetenheten är stor om de här frågorna – trots att EU i Maastrichtavtalet förband sig att utvärdera följderna för hälsan av sina politiska beslut.

– Sverige behöver en evidensbaserad diskussion mellan forskare och politiker. Jag tycker att alltför få folkvalda uppfattar folkhälsoaspekterna av sina beslut som särskilt viktiga – och ändå handlar det om faktorer som bokstavligen griper in i våra liv. [RL]

Lästips

[www.nice.org.uk/Guidance/PHG/](http://www.nice.org.uk/Guidance/PHG/Published)Published

EU:s folkhälsoportal
<http://ec.europa.eu/health-eu/>

Vård på (o)lika villkor (SKL)
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39455_1.pdf

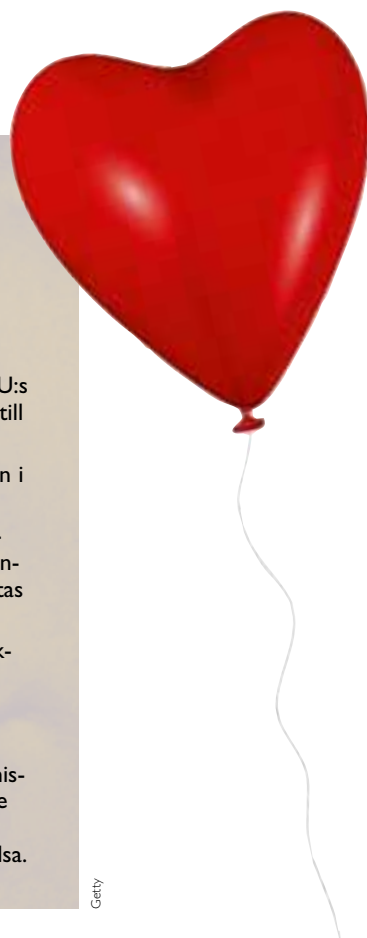
Folkhälsoberättelse 2009 (Socialstyrelsen)
www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2009/10363/2009-26-71.htm

Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.

Utgjorda hälsoskillnaderna inom en generation. Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna (WHO, 2008)
www.fhi.se/PageFiles/3839/WHO-broschyr_0811.pdf

VAD ÄR FOLKHÄLSA?

- Begreppet folkhälsa handlar om det samlade hälsotillståndet i en befolkning, med hänsyn tagen till både den genomsnittliga hälsolivn och hur hälsan är fördelad.
- Stora skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper i samhället anses inte vara förenligt med god folkhälsa. EU:s särskilda hälsoprogram för 2008–13 syftar bland annat till att utjämna hälsoskillnaderna.
- Enligt Socialstyrelsens Folkhälsoberättelse 2009 är hälsan i Sverige ojämnt fördelad.
- Enligt rapporten Vård på (o)lika villkor (Sveriges kommuner och landsting, 2009) fördelas vårdresurserna i landet på ett sätt som "nästan alltid är till de socialt utsattas nackdel".
- Folkhälsoarbete inriktar sig på att både förebygga sjukdom och främja hälsa för hela befolkningen.
- Genom en särskild tilläggsartikel i Maastrichtavtalet, §129, fick folkhälsoarbetet en central roll i EU.
- Världshälsoorganisationens (WHO) oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer uppmanade år 2008 världens regeringar att utvärdera vilka effekter som politiken och olika åtgärder har på ojämlikhet i hälsa.



DIABETES

Tuff terapistart vid typ 2-diabetes minskar risken för organskador

Det är effektivt att behandla typ 2-diabetes intensivt i början och att pressa ner blodsockret till nära normala nivåer. För personer som har haft sjukdomen i flera år är nyttan av så tuff behandling däremot osäker.

Vid diabetes finns ett starkt samband mellan en långsiktigt förhöjd blodsockernivå och risk för organskador. Därför har det ansetts viktigt att försöka få ner blodsockret mot ett normalt värde, så kallad intensiv behandling.

Nu har SBU granskat den samlade forskningen om nytta, risker och kostnader vid intensiv behandling av patienter med typ 1- eller typ 2-diabetes.

Utvärderingen visar att intensiv glukossänkande behandling minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och för allvarliga skador på ögats näthinna vid nyupptäckt typ 2-diabetes. Behandlingen är kostnadseffektiv och förhållandevis enkel. Risken för biverkningar är dessutom liten.

LÄNGRE TID

För personer som har haft typ 2-diabetes i fem till tio år eller längre är både nyttan av och kostnadseffektiviteten vid intensiv behandling däremot oklar.

Mikael Rydén är docent i endokrinologi vid Karolinska

institutet och ämnesexpert i SBU:s projektgrupp.

– Tidigare ansåg man att alla som har typ 2-diabetes skulle behandlas tufft, säger han. Rapporten visar att det är effektivt att behandla intensivt i början. Men för dem som har haft typ 2 under en längre tid är det viktigare med individuellt anpassade behandlingsmål, säger han.

EGNA MÅL

När de individuella behandlingsmålen sätts är det viktigt att väga risken för biverkningar mot risken för organskador, enligt rapporten.

– Vissa personer som har haft diabetes länge kan ha lika tuffa mål som dem som nyligen har fått sjukdomen. Men man kan behöva acceptera en något högre medelglukosnivå för dem som har problem med upprepade blodsockerfall, eller som går upp kraftigt i vikt och som kanske är gravt kärlsjuka, fortsätter Mikael Rydén.

Att alla med typ 2-diabetes inte gynnas av lika intensiv behandling, och var gränsen för blodsockret ska sättas,

har diskuterats flitigt det senaste året. Nyligen publicerade studier kunde nämligen inte visa att intensiv behandling under fyra fem år har effekt på hjärtsjukdom hos dem som har varit diabetes-sjuka ungefär dubbelt så länge. Dessutom var påverkan på njursjukdom liten.

– Fast det är möjligt att man hade sett effekt om man hade följt patienterna under längre tid, i tio femton år. Därför är det angeläget med nya studier som har lång uppföljningstid, påpekar Mikael Rydén.

DÅLIGT SAMVETE

Han tror att många läkare även tidigare kan ha låtit blodsockret stiga hos sina patienter, men att de har gjort det med dåligt samvete.

– Rapporten visar att de inte har gjort fel. Det är inte säkert att nyttan överväger riskerna med att tvinga alla med typ 2-diabetes till ett visst mål.

Av SBU:s rapport framgår att risken för blodsockerfall och valet av behandling varierar, vid intensiv behandling.

Om rapporten

Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes. SBU-rapport 2009:196. Projektledare: Sophie Werkö, werko@sbu.se. Ordförande: docent Mikael Rydén. Rapporten utgör ett av fyra vetenskapliga underlag från SBU för Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvården.

– Rent praktiskt kan intensiv behandling betyda olika saker. Man sätter ett långsiktigt mål, men sedan kan man använda olika läkemedel för att sänka sockret. Det kan handla om insulin eller en kombination av flera olika preparat, utöver råd om fysisk aktivitet, täta kontakter med vården och självtester av blodglukos.

Vad gäller organskador vid typ 1-diabetes leder intensiv behandling till att risken minskar med två tre fall på tio under en sjuårsperiod, en markant nedgång. För typ 2 är effekten svagare, tre fall på hundra patienter under tio år.

– Men det är logiskt att det är en stor skillnad. Typ 1 uppträder när patienterna är unga, och de har inte några komplikationer från början. Vid debuten av typ 2 är patienterna oftast äldre; de har kanske redan utvecklat åderförkalkning och ögonförändringar. Dessutom dröjer det ofta innan typ 2-diagnosen ställs, säger Mikael Rydén.

I fråga om typ 1-diabetes bekräftar SBU:s rapport att den praxis som gäller i dag är

effektiv. Samtidigt finns det möjligheter till förbättringar. Det nationella diabetesregistret visar att det är ganska många patienter som inte når ner till så låg blodsockernivå som man skulle önska.

Enligt Christian Berne, professor i medicin vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och ämnesexpert i SBU:s rapport, är det ändå viktigt att rapporten bekräftar att man ska fortsätta behandla som man gör i dag.

ÖKAD RISK

Behandlingen av typ 1 är dock krävande. Risken ökar för ett allvarligt fall i sockerkurvan, och detta begränsar möjligheten till intensiv behandling.

– Det är få patienter med typ 1 som har en normal nivå på blodsockret i ett längre perspektiv. Många gånger är blodglukosfallen orsaken till att man inte klarar att pressa ner nivån så mycket. Vid intensiv behandling av typ 1 är risken tre gånger större att värdet blir farligt lågt, säger Christian Berne. [CW]

Fotosearch



SBU:S SLUTSATSER

► Intensiv insulinbehandling vid typ 1-diabetes är krävande för både sjukvården och patienten men minskar risken för hjärt-kärlsjukdom och minskar kraftigt risken för skador på ögats näthinna, njurar och nerver. Risken för allvarlig hypoglykemi är ökad och utgör den viktigaste begränsande faktorn i behandlingen. Framgångsrik intensivbehandling av fler patienter skulle på sikt minska diabeteskomplikationerna. Behandlingen är kostnadseffektiv.

► Vid nyupptäckt typ 2-diabetes leder intensiv glukossänkande behandling till minskad risk för hjärt-kärlsjukdom och för allvarliga skador på ögats näthinna. Behandlingen är förhållandevis enkel och risken för biverkningar liten. Framgångsrik intensivbehandling vid nyupptäckt typ 2-diabetes skulle på sikt minska sådana komplikationer. Behandlingen är kostnadseffektiv.

► För patienter som har haft typ 2-diabetes under 5–10 år eller längre är nyttan av intensiv glukossänkande behandling inte entydigt större än riskerna och kostnadseffektiviteten är oklar. Risken för njurskador minskar något. Beträffande risken för hjärt-kärlsjukdom är studierna motsägande. Det är viktigt att individualisera behandlingsmålen för dessa patienter och balansera risken för biverkningar, som allvarlig hypoglykemi, mot risken för sena diabeteskomplikationer, vilken ökar med stigande HbA_{1c}. Det är angeläget med nya studier med ännu längre uppföljningstid för denna patientgrupp.

Hela rapporten med fullständig sammanfattning finns på www.sbu.se



Elstötar räddar liv hos motiverade patienter

En inopererad defibrillator plus rätt läkemedel kan rädda patienter med hög risk för allvarlig rytmrubbning i hjärtats kammare. Men apparaten kan också ge felaktigt utlösta, smärtsamma elstötar. Det visar en kanadensisk rapport som stärker SBU:s tidigare slutsats om metoden.

En allvarlig störning av hjärtats rytm kan leda till hjärtstillestånd. Stoppet kan hävas av en elektrisk stöt från en så kallad defibrillator, antingen en extern modell eller en liten apparat som opereras in, en så kallad ICD (Implantable Cardiac Defibrillator). En ICD övervakar hjärtats rytm kontinuerligt.

En systematisk litteraturoversikt från SBU:s kanaden-

siska systerorganisation CADTH stärker SBU:s slutsats från år 2006: metoden minskar dödligheten hos patienter som trots att de löper hög risk ännu inte har haft någon allvarlig rytmrubbning.

Den kanadensiska rapporten bekräftar att ICD plus optimal medicinering minskar dödligheten hos dessa patienter, det vill säga personer med lätt till måttlig hjärtsvikt och kraftigt nedsatt funktion i hjärtats vänstra kammare. Dödligheten minskar från 25 till 18 procent vid en uppföljningstid på tre år (median).

MEST ATT VINNA

Rapporten pekar också på behovet av att identifiera de undergrupper av patienter som har mest att vinna på behandlingen. För att metoden ska vara förenad med

god livskvalitet, gäller det sannolikt att patienterna också ska vara starkt motiverade. ICD-enheten kan ge felaktigt utlösta, smärtsamma elektriska stötar, och behandlingen går inte att avbryta på samma enkla sätt som medicinering.

ÖVERLEVNAD VIKTIGAST

Den hälsoekonomiska analysen bygger främst på kostnader i USA och Storbritannien. Ingen hälsoekonomisk studie har genomförts i Sverige.

Som komplement har SBU därför gjort en enkel hälsoekonomisk beräkning. Där framgår bland annat hur kostnaden per räddat levnadsår påverkas av inköpskostnaden för defibrillatorer. Analysen visar dock att överlevnadstiden är den viktigaste faktorn för kostnadseffektiviteten.

NYA STUDIER

För att säkrare bedöma metoden behövs fler randomiserade studier där även kostnaderna registreras för behandlings- och kontrollgrupp. Det är särskilt angeläget att identifiera de undergrupper som har mest nytta av behandlingen, konstaterar SBU.

I Sverige används inopererade defibrillatorer mer sällan än i andra västeuropeiska länder. Användningen varierar också kraftigt mellan olika regioner i landet. [RL]



SBU:S KOMMENTAR

SBU kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

Implanterad defibrillator mot allvarlig rubbning av hjärtrytmerna

En defibrillator som opereras in (ICD) och kombineras med läkemedel minskar risken för död hos patienter med hög risk för kammararytmi, visar en kanadensisk översikt som SBU kommenterar.

För att använda ICD på bästa sätt, finns behov av att identifiera de patienter som har störst nytta av metoden. För att behandlingen ska vara förenad med god livskvalitet, är det sannolikt också viktigt att identifiera motiverade patienter; då defibrillatoren kan ge felaktigt utlösta, smärtsamma elstötar.

Den hälsoekonomiska analysen i den kanadensiska rapporten bygger främst på kostnader i USA och Storbritannien.

SBU:s kompletterande hälsoekonomiska beräkning, baserad på aktuella svenska kostnader, visar bland annat att överlevnadstiden är den faktor som har störst betydelse för kostnadseffektiviteten.

Läs mer på www.sbu.se: SBU kommenterar "Implanterad defibrillator för att förebygga död hos patienter med hög risk för allvarlig hjärtrytmrubbning". Originalrapport: Ho C, et al. Technology Report No 81. Ottawa, 2007: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Se även Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården (2008).



Jan Funke

Ställ tydligare frågor så får du bättre svar

Chansen att hitta ett användbart beslutsunderlag ökar betydligt när man utgår från en strukturerad fråga, en så kallad PICO.

Den som söker vetenskapligt underlag för en viss åtgärd i vården, till exempel en behandlingsmetod, måste lägga ner viss möda på att precisera sin fråga.

För att finna svar i kliniska och epidemiologiska studier, måste frågeställaren precisera vilken patientgrupp som avses, vilken typ av åtgärd som ska jämföras med vilket alternativ och på vilket sätt effekten ska mätas.

Internationellt betecknas frågor av den typen PICO (*Population, Intervention, Control, Outcome*) efter begynnelsebokstäverna i frågans delar: För patientgruppen P (i en viss ålderskategori, med en viss diagnos av en viss allvarlighetsgrad och så vidare), är interventionen I (med viss intensitet och under viss tid) bättre, sämre eller lika bra/dålig som kontrollinterventionen C, med avseende på utfallsmåttet O (till exempel dödlighet, sjuklighet, livskvalitet)?

Ett exempel på PICO-fråga är: För 65-åriga män som har haft stroke och som har mått-

lig förträngning av halspulsådern, kan 100 mg acetylsalicylsyra som underhållsdos minska risken för en ny stroke, jämfört med placebo?

Valet av kontrollgrupp i studierna kan vara avgörande. Den mest relevanta jämförelsen av en ny behandling avser bästa befintliga metod. Att placebokontrollerade studier visar god effekt av en behandling betyder givetvis bara att behandlingen är bättre än placebo, inte att den är bättre än andra behandlingsalternativ. Ofta saknas det dock bra studier som jämför behandlingarna sida vid sida.

[RL]



Simon Battersby / Getty

PICO

För patienter med diagnos P, är interventionen I bättre än, sämre än eller lika bra/dålig som kontrollinterventionen C, med avseende på utfallet O?

POPULATION

Vilken patientkategori gäller frågan? Exempel: Vilka åldrar? Män eller kvinnor? Med vilken diagnos, vilken sjukdomsgrad och vilka riskfaktorer eller övriga sjukdomar?

INTERVENTION

Vilken behandlingsmetod gäller frågan? Tillämpad av vilka behandlare, med vilken intensitet och under vilken tid?

KONTROLLGRUPP (CONTROL)

Jämfört med annan metod, placebo eller ingen åtgärd?

UTFALLSMÅTT (OUTCOME)

Dödlighet? Sjuklighet? Livskvalitet? Mätt med vilken metod?

Be SBU söka kunskapsunderlag

För dig som ska fatta beslut om nya eller befintliga metoder i vården kan Upplysningstjänsten på SBU vara till hjälp. Vi söker efter den vetenskapliga litteratur du behöver.

Upplysningstjänsten bidrar med underlag i första hand för strategiska beslut i hälso- och sjukvården. Tjänsten vänder sig därför till personer i ledande befattning.

Svaren innehåller referenser till relevanta artiklar, en sammanfattning av deras resultat och en redovisning av sökstrategin. Du får svaret inom två till tre månader. Kortare svar kan ges snabbare.

På www.sbu.se kan du läsa

mer om Upplysningstjänsten och se exempel på frågor och svar. Ett sådant exempel är:

Fråga: Vilka är effekterna av robotassisterad kirurgi jämfört med öppen kirurgi eller manuell titthålskirurgi vid prostatacancer?

Sammanfattat svar: Kunskapsunderlaget visar inte några säkra fördelar för vare sig öppen kirurgi, robotassisterad kirurgi eller manuell titthålskirurgi avseende viktiga effektmått relaterade till cancer, inkontinens eller erektil dysfunktion. Robotassisterad kirurgi medför högre kostnader än andra tekniker.

Anders Nordeman



FRÅGA SBU:S UPPLYSNINGSTJÄNST

Använd detta formulär (eller motsvarande på www.sbu.se) för att ställa din fråga till Upplysningstjänsten! Formuläret skickas i ett kuvert till SBU Upplysningstjänsten, Svarspost, Kundnummer 200 876 34, 110 03 Stockholm. Porto behövs inte.

KONTAKTUPPGIFTER

När du har skickat in din fråga kommer vi att kontakta dig för att diskutera frågeställningen. Vi behöver därför ett telefonnummer som går direkt till dig.

Namn: _____

Befattning (markera): Sjukhusledning/Chefsläkare/Divisionschef/Verksamhetschef/Sektionschef/Områdesansvarig/Vårdgivare

Annan befattning, nämligen: _____

Arbetsplats och postadress: _____

Landsting: _____ E-postadress till arbetet: _____

Mobil: _____ Annan direkttelefon: _____

DIN FRÅGA

Beskriv patientgruppen (diagnos, ålder, svårighetsgrad etc): _____

Namnge, alternativt beskriv, den behandling, diagnostiska metod eller preventiva åtgärd som du vill att SBU ska undersöka:

Svaren från SBU:s Upplysningstjänst är inte systematiska litteraturoversikter. Resultaten av litteratursökningarna kan således vara ofullständiga, och kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Svaret är utformat av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s råd eller nämnd.



Gary Chapman / Getty

Åtta kritiska frågor och svar om evidens

Vilka vetenskapliga krav bör ställas på vårdens metoder? När evidenskrav diskuteras, dyker samma frågor upp gång på gång. Professor Nina Rehnqvist, ordförande i SBU:s nämnd, och docent Ania Willman från SBU-rådet, svarar.



1. ÄR DET RIMLIGT ATT RANDOMISERADE STUDIER OCH METAANALYSER AV DESSA OFTA TILLMÄTS STÖRRE BETYDELSE ÄN ANDRA STUDIER?

AW: Frågeställningen ska styra valet av forskningsme-

tod. När man vill jämföra effekten av olika behandlingsmetoder är randomisering till försöksgrupp och kontrollgrupp en lämplig forskningsdesign eftersom den kan ge tillförlitliga svar. Men även andra studieupplägg kan vara användbara, och för vissa frågor, exempelvis om hälsorisker och sällsynta biverkningar, är randomisering olämpligt.

NR: Allt kan inte prövas randomiserat, men behandlingsmetoder nästan alltid. Fast det är viktigt att komma ihåg att inte alla randomisera-

de studier är välgjorda. Metaanalys ska bara göras på studier av god kvalitet.



2. STORA OCH KOSTSAMMA KLINISKA STUDIER BETALAS VANLIGEN AV DEN MEDICINSKA INDUSTRIEN OCH KANSKE FRÄMST PÅ OMRÅDEN MED STARKA VINSTINTRESSEN. FINNS DET INTE EN RISK ATT ENBART KOMMERSIELLT GÅNGBARA METODER BLIR EVIDENSBASERADE, MEDAN ANDRA, UTFORSKADE METODER STÄMPLAS SOM "OVETENSKAPLIGA"?

AW: Jo, risken är uppenbar. Därför är det mycket viktigt att det finns andra forsk-

ningsfinansiärer, som staten och olika stiftelser. De har stor betydelse som motvikt till industrins intressen.

NR: Risken finns absolut. Därför behövs finansiärer som National Institutes of Health (NIH) i USA. Här i Europa saknar vi fortfarande en bra motsvarighet.



3. IBLAND LÅTER DET SOM OM EVIDENS ÄR DEN ENDA VETENSKAPLIGA KUNSKAP VI BEHÖVER. FINNS DET INTE AN- NAN VETENSKAPLIG INFORMATION SOM ÄR LIKA VIKTIG?

AW: Klinisk evidens är ju vetenskapliga bevis för att en åtgärd har avsedd effekt – inte belägg för hur det går till. De kliniska studier som tillsammans utgör evidens är sällan utformade för att belysa verkningsmekanismer. Däremot har forskarna ofta använt hypoteser eller kunskap om verkningsmekanismer som utgångspunkt för att pröva en viss åtgärd.

NR: Evidens är ett verktyg för kliniska beslut och gäller patienternas besvär, dödlighet och livskvalitet, oftast i relation till kostnaderna. Men evidensbaserad kunskap besvarar inte alla frågor. Självklart behöver vi annan vetenskaplig kunskap också, till exempel forskning om sjukdomars uppkomst, vilka effekter som en behandling har på olika mänskliga funktioner och hur patienter upplever att leva med en sjukdom. Men begreppet evidens handlar om nytta, risker och kostnadseffektivitet, inte om verkningsmekanismer – även om man kan ana dem ibland.



4. STÄMMER DET ATT EVIDENSBASERAD KUNSKAP SYFTAR TILL ATT FINNA UNIVERSEL-

LA SANNINGAR, SOM ALLTSÅ GÄLLER ALLA PATIENTER OAVSETT SAMMANHANG?

NR: Nej, inte universella sanningar men slutsatser som är någorlunda allmängiltiga, för många patienter. Även om varje patient är unik, finns det också likheter och gemensamma nämnare. Men användare av evidens måste självklart ta hänsyn till sammanhanget när de ska tillämpa slutsatserna kliniskt.

AW: Jag tycker att författare till systematiska litteraturoversikter ofta är mer noggranna än andra när det gäller att värdera sammanhanget som studierna avser och hur försökspersonerna har valts ut – om de skiljer sig väsentligt från normalfallet.

När man tolkar en generell slutsats som bygger på observationer av många individer får man ta med variationerna i beräkningen. Slutsatsen kan inte tillämpas mekaniskt.



5. NÅGON HAR SAGT ATT EVIDENSBEGREPPET HAR KIDNAPPATS AV VÅRDBYRÅKRATER SOM VILL BEGRÄNSA BEHANDLARENS FRIHET. VAD SÄGER DU?

NR: Snack. Evidens angår alla vårdgivare och det är vars och ens professionella ansvar att tillämpa evidensbaserad kunskap. Om det leder till en viss gemensam praxis som även byråkraterna gillar så är det väl bra.

AW: Sjukvårdsbyråkrater har fortfarande ett ekonomiskt paradigm som överordnat – inte ett kunskapsparadigm. Syftet med evidensbaserad behandling är inte att begränsa behandlaren självständighet utan snarare tvärtom att ge ett säkrare underlag för patient och behandlare för att kunna fatta ett välinformerat

beslut om vilka åtgärder som kan förväntas ha effekt i en given situation. Ytterst handlar det ju om att ge fler patienter tillgång till metoder som har effekt och att utmönstra metoder som kan vara skadliga, onödiga och kostsamma.



6. FINNS DET EN RISK ATT EVIDENSBASERAD KUNSKAP LEDER TILL ATT PATIENTEN BETRAKTAS SOM ETT OBJEKT OCH INTE SOM EN SJUK MÄNNISKA?

AW: Snarare tvärtom. Med evidens i ryggen blir jag som sjuksköterska säkrare i min yrkesroll och kan bistå patienter och anhöriga på ett mer välinformerat sätt. Alla metoder och behandlingar bygger ju på en hypotes om vad som är bra med den metoden eller åtgärden. Även utan evidens gör vi teoretiska antaganden, men då enbart på basis av erfarenhet. Också sådan vida-reförd erfarenhetskunskap utgår från en "hypotes", även om vi i dagligt tal inte beskriver det så.

NR: Som doktor eller annan professionellt vårdansvarig blir man en charlatan om man inte bryr sig om evidens. Det är bara med evidens som botten som man kan vara empatisk och värdebaserad och individuellt anpassad på ett bra sätt.



7. BLIR DET INTE PROBLEMATISKT OCH IRRELEVANT MED EVIDENS FÖR ÅTGÄRDER SOM ÄR KOMPLEXA OCH SOM BYGGER PÅ KOMMUNIKATION, TILL EXEMPEL PSYKOTERAPI?

AW: Det behöver det inte bli. Men det är inte bara evidens, och inte heller bara vetenskaplig kunskap, som behövs i den kliniska situationen. Det

krävs också klinisk erfarenhet, olika färdigheter och förmågor och en förståelse för patientens situation och sammanhanget. Det är alla delarna tillsammans som blir evidensbaserad vård.

NR: Vill man hävda att det finns en positiv effekt anser jag att det är rimligt att man också kan visa det. Men självklart kan det bli svårt att säga exakt vad i en psykoterapi eller annan komplex åtgärd som är det mest verksamma. Men om man hävdar att en viss terapiform är bra bör man kunna belägga det.



8. FINNS DET INTE EN OTYDLIGHET VAD GÄLLER DEN EVIDENSBASERADE KUNSKAPENS BEGRÄNSNINGAR, TILL EXEMPEL DESS GENERALISERBARHET OCH PRAKTISKA TILLÄMPBARHET?

AW: Jo, det tycker jag. Evidens är som sagt inte hela sanningen, och med enbart evidens kommer man inte långt. Evidens kan ge vägledning och framför allt ska den finnas med när man utarbetar kliniska riktlinjer, mest för att garantera en minsta gemensam nämnare för bra vård för så många som möjligt.

NR: Självklart spelar det ofta roll vem som använder metoden, i vilka sammanhang och på vilket sätt. Det har till exempel hävdats att i en ovan miljö kan erkänt skickliga läkare få sämre resultat än annars, även om de använder evidensbaserade metoder. Valet av metod är inte alltid det allra viktigaste.

[RL]



Låt inte det mätbara skymma lidandet!

Den läkaretik som präglar dagens sjukvård utgår från föreställningen att det mesta kan mätas. Här finns en stor svårighet, skriver professorn i idéhistoria Karin Johannisson.

Hur tillvaratas empatin i mötet mellan läkare och patient?

Genom historien har läkarkåren arbetat med olika typer av etiska system som definierar läkarens roll i relation till patienten. Det första och äldsta kan kallas *pliktetik*. Den formuleras via den berömda Hippokratiska eden som skapades 400 år före Kristus och har använts långt in i modern tid i samband med varje läkares examen. Den konkreta innebörden av pliktetiken är att inte skada. Men här finns ingenting om att trösta, lindra och bota.

Pliktetiken kommer efterhand att kompletteras med den kristna så kallade *dygd-etiken*. Allmänt definierad handlar den om att läkaren i kraft av sin läkarroll automatiskt gör gott. Det ligger i själva läkaridentiteten. Det är i detta sammanhang som principen om att trösta och lindra växer fram.

MEMMÄNSKLIGHET

Nästa etikprincip kallar jag *empatietik*. Den slår igenom under 1800-talets början och är inte läkarorienterad utan

patientorienterad. Grunden är läkarens förmåga att "medlida" andra kännande varelser. Nu omdefinieras läkaryrket från karriär till kall, och läkaridentiteten bygger enligt detta system inte bara på en professionell roll utan på medmänsklig handling.

Under 1800-talets senare del introduceras *ämbetsetiken*. Den representerar en ny definition av läkarens uppdrag som innebär att han inte bara står i patientens utan också i samhällets tjänst. Det har sagts att ämbetsetiken delvis för bort läkaren från den sjuka människan. Under första hälften av 1900-talet skärps läkarens ansvar i relation till kollektiva intressen som befolkningspolitik, folkhälsa och gränsdragning mellan normalitet och avvikelse. Det är en tid då lojaliteten kommer att omfatta mer än den enskilda människan, och en intensiv samhällsmedicinsk diskussion och delvis hårdhänt praxis tar form.

MODERN IDENTITET

Så småningom tar den dimension över som är helt central för den moderna läkaridentiteten: att läkaryrket handlar om vetenskap och beprövad erfarenhet. Av detta följer något som jag vill kalla *evidensetik*. Det betyder att den medicinska handling är riktig som vetenskapligt har visats ge effekt. Givetvis är detta högst rimligt. Men evi-

Det är inte allt som kan räknas som räknas, och inte allt som räknas som kan räknas.

– *Albert Einstein*

densbegreppet innehåller också svårigheter. Vad är evidens? Vad kan mätas och vetenskapligt prövas? Vem mäter och i vilka syften? Hur förhåller vi oss till åtgärder som inte har studerats?

Jag tror att det finns problem dels med själva föreställningen att allt kan göras mätbart, dels med att skapa rigida vådrutiner där individen inte självklart låter sig passas in. Evidensetiken behövs men den är inte tillräcklig.

Tillspetsat kan man hävda att etiken måste tillbaka till läkarens grundläggande uppgifter: att bekräfta patientens sjukdomskänsla, lindra lidande och smärta, behandla och bota, utveckla sjukdomsförklaringar, utveckla kunskap om hälsa och förebyggande

av ohälsa, hantera terapeutiska gränser som kronisk sjukdom, handikapp, död och att hantera döendet och döden.

Men hur ser vården ut i dag – är detta medicinens kärna? Eller finns här ett problem?

Den brittiske läkaren och författaren James Le Fanu hävdar att medicinen har förlorat sin egentliga uppgift ur sikte: en patientnära medicin med syfte att lindra och bota. I sin bok *The Rise and Fall of Modern Medicine* (1999) – listar Le Fanu fyra problemområden som dagens sjukvård måste hantera. Han kallar dem den moderna medicinens fyra paradoxer.

DESILLUSIONERAD

Den första är den desillusionerade läkaren och läkarrollens minskade status. I ena änden av sjukvårdssystemet befinner sig den frustrerade allmänläkaren som sällan träffar patienter med akuta

medicinska problem, utan i stället ett panorama av diffusa och trögbehandlade symtom. I den andra änden finns specialisten, svältfödd på utmaningar, eller kirurgen, uttråkad av rutinmässiga bypass-, höftleds- och starroperationer.

Den andra paradoxen är det växande glappet mellan vad medicinen gör och vad den faktiskt uppnår. Mätt i sjukvårds- och läkemedelskonsumtion tycks individen sjukare än någonsin. Medicinens satsningar har alltså inte inneburit att människor i västvärlden känner sig friskare eller är mindre oroad över sin hälsa.

VÄXANDE MARKNAD

Den tredje paradoxen lyder: Om nu den medicinska vetenskapen är så framgångsrik, varför ser vi då en starkt växande marknad för alternativmedicinen?

Den fjärde handlar om

exploderande sjukvårdskostnader: ju mer verkningsfulla medicinerna och behandlingarna är, desto mer kostar de och desto mer växer efterfrågan.

Vad har Le Fanu för bote-medel? Hans recept är entydigt: Tillbaka till kliniken! Om medicinen ska återerövra sin ställning så måste den återvända till sjuksängen.

GAPET VÄXER

Visst är det illa för ett välfärdssamhälle om den läkare som står direkt vid sjuksängen har lägre status än den som står i laboratoriet. Men just så tycks det vara. Gapet växer mellan å ena sidan en mycket resursstark laboratorieforskning om kroppens mikronivåer, å den andra en mer oglamorös patientnära verksamhet som vill förstå sjukdom i ett biopsykosocialt sammanhang. Det är ett arbete som får allt svårare att hävda sin betydelse.

MEDICINENS IDENTITET

När vi ställer frågan: "Vad är medicin, vilken vetenskaplig identitet har den?" svarar de flesta att medicinen självklart är en naturvetenskap.

Men i likhet med Le Fanu och många andra menar jag att medicinen måste betraktas som något mer. Den måste också vara en samhällsvetenskap. Och inte minst måste den vara en humanvetenskap: en verksamhet som alltid sätter den kännande människan i centrum.

Vi måste se till att alla etiska principer – också evidens-etiken – alltid går hand i hand med empatietiken.

*Karin Johannisson,
professor, Uppsala universitet*

Lästips

Le Fanu, J. *The rise and fall of modern medicine*. London: Abacus, 2000. ISBN 0-349-11280-0



Getty



TIPS FÖR ÄLDRE ATT ANVÄNDA LÄKEMEDEL RÄTT

Läkemedel är en viktig och vanlig behandlingsform för äldre personer, liksom för många yngre. När kroppen åldras blir den också känsligare för läkemedel. Samtidigt kan det hända att man på äldre dar behöver många olika preparat samtidigt. Då ökar risken för biverkningar och läkemedelsproblem. Därför är det viktigt att medicinerna används på rätt sätt.

SBU har tagit fram en skrift som riktar sig till äldre personer som själva tar läkemedel och till deras närstående. Texten har skrivits av medicinjournalisten Helene Wallskär och bygger på fakta och råd som har sammanställts och bearbetats av SBU i samarbete med Sjukvårdsrådgivningen SVR AB. Skriften distribueras bland annat av Apoteket AB på många av landets apotek. Läs eller beställ kostnadsfritt på www.sbu.se.

[RL]

UTVÄRDERING – HISTORIK

Hur började det svenska arbetet med att utvärdera medicinska metoder? Och hur kom det sig att Sverige var så tidigt ute på ett område som numera finns representerat i länder runt om i världen? Dessa frågor belyses i ett specialnummer av *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Författare är en pionjär på området, SBU:s tidigare chef, professor Egon Jonsson. Utvärderingsforskare som uppskattar att tävla har numera en extra sporre att publicera sig i tidskriften. Redaktionen delar nämligen ut ett pris för årets bästa artikel, *the Egon Jonsson Award*.

Jonsson E. History of health technology assessment in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:42-52.

Cetty



BIPACKSEDELN – AVSEDD FÖR VEM?

Många bipacksedlar i läkemedelsförpackningar är svårlästa för äldre och andra som ser lite dåligt. Varför producera något så svårtillgängligt? Frågan väcks av ledamoten i SBU:s lekmanråd, Sam Sandberg, tillika ordförande i Svenska Kommunalpensionärernas förbund.

– En så viktig produkt som läkemedel måste vara försedd med tydliga och läsbara fakta, säger han. Dessvärre finns exempel på bipacksedlar som varken är tydliga eller läsbara. Producenterna måste ta ett betydligt större ansvar.

– Som konsument av läkemedel kräver jag hög säkerhet vid användningen. Anser myndigheterna att bipacksedlar ska vara ett krav så måste texten också kunna läsas lätt.

Sam Sandbergs kritik har stöd i EU-direktiv, där det anges att "bipacksedeln skall avspejla resultaten av samråd med patienter i aktuella målgrupper för att garantera att den är begriplig, tydlig och lättanvänd".

– Vi är jättebekymrade över det här, även om det pågår olika projekt för att förbättra bipacksedelarna, säger Christina Wik, chef för Läkemedelsverkets regulatoriska enhet.

– Verket har tagit emot en del klagomål på utformningen, men vi granskar inte de tryckta versionerna. Sedan 2006 finns lagstiftning om att sedlarna ska läsbarhetstestas av företagen. Men det är ändå problem med utformningen. Till exempel lägger företag in fyra nordiska språk på samma sedel. Då blir texten väldigt svårläst – till exempel är 8 punkters storlek på bokstäverna för litet för många äldre. [RL]

PÅGÅNG



EXEMPEL

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

Kontakt: axelsson@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

ARBETE & RÖRELSEORGAN

Kontakt: norlund@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

ATT FÖREBYGGA PSYKISK OHÄLSA HOS SKOLBARN

Kontakt: petersson@sbu.se
Planerad publ: sommar 2010

BLÖDANDE MAGSÄR

Kontakt: allander@sbu.se
Planerad publ: vinter 2010

DEPRESSIONSDIAGNOSTIK

Kontakt: petersson@sbu.se
Planerad publ: höst 2011

MAT VID DIABETES

Kontakt: lindblom@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

NEUROPSYKIATRI

Kontakt: geijerstam@sbu.se
Planerad publ: höst 2011

PROSTATAFÖRSTÖRING

Kontakt: dahlgren@sbu.se
Planerad publ: höst 2010

REHABILITERING VID

LÅNGVARIG SMÄRTA

Kontakt: axelsson@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

RIKTAD ULTRALJUDSBEDÖMNING AV TRAUMA

Kontakt: farrokhnia@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

PSYKOS | SCHIZOFRENI

Kontakt: aberg@sbu.se
Planerad publ: höst 2011

SILVERFÖRBAND

Kontakt: rydin@sbu.se
Planerad publ: vinter 2009/10

SÖMNBESVÄR HOS VUXNA

Kontakt: eckerlund@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

TANDEFÖRLUSTER

Kontakt: tranaeus@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

TANDROTSBEHANDLING

Kontakt: tranaeus@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

TRIAGE PÅ AKUTEN

Kontakt: farrokhnia@sbu.se
Planerad publ: vår 2010

Västerbotten omfördelar och gallrar bland åtgärder

För att få råd med kostsamma behandlingar trots en ansträngd ekonomi, har Västerbottens läns landsting börjat prioritera enligt en ny modell. Evidens ingår redan i processen men mer fakta vore önskvärt.

I Västerbotten sorteras de lägst prioriterade åtgärderna ut för att ge plats åt mer effektiva metoder. Syftet är att omfördela en del av vårdens

resurser till de mest angelägna insatserna.

MER NYTTA

– Det blir tekniskt möjligt att göra allt mer, men resurstillväxten är inte lika stark. Med den nya prioriteringsprocessen vill vi hitta ett sätt att rymma det som ger mer nytta för pengarna, förklarar Susanne Waldau, prioriteringsstrateg vid Västerbottens läns landsting.

Urvalet sker i flera steg, där det som görs på sjukhus och vårdcentraler rangordnas. I den första omgången, som redan har genomförts, har verksamhetschefernas egen kunskap och erfarenhet utgjort grund för värderingen. På områden där det finns evidens, har även SBU-rapporter och andra myndighetsdokument använts.

– Mycket av den medicinska verksamheten saknar tyd-



lig evidens, men man måste våga ta ställning ändå – det kommer man inte ifrån.

Under överskådlig tid kommer vi inte undan prioritering, säger Jan-Gunnar Sjödin, chefsläkare vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Han ser vissa risker med att sovra utan utgångspunkt i evidens, men tycker inte att de erfarenhetsmässiga bedömningar som har gjorts innebär någon medicinsk risk för patienterna.

– Visst finns det risker som måste beaktas, men det är lågt prioriterade åtgärder som tas bort. Öppenheten, att man kan se motiven bakom det hela, är garantin för att urvalet sker på bästa möjliga sätt, säger Jan-Gunnar Sjödin.

Även Mats Brännström, verksamhetsområdeschef för primärvården i Västerbotten, påpekar att det finns risker med att besluten blir åsiktsbaserade.

SVÅRT UTAN EVIDENS

– Enskilda individers uppfattningar eller strömningar i tiden kan få oproportionerligt stort genomslag, säger han.

Susanne Waldau medger att det är vanskligt att prioritera utan evidens. Men man måste nöja sig med det vetenskapliga underlag som finns, menar hon.

– Vissa områden är sämre utvärderade, men de måste ändå ingå i prioriteringen. Vi kan inte vänta tills det finns evidens för varje procedur i vården. För att undvika godtycke, är det viktigt att värderingen sker på ett strukturerat sätt, säger Susanne Waldau.

Västerbottens läns landsting har utgått från den prioriteringsmodell som Socialstyrelsen använder för att ta fram

nationella riktlinjer, men har lagt till ett moment av kollegial granskning.

Först rangordnar varje verksamhetschef alla åtgärder inom sin egen verksamhet. Både medicinska behandlingar och administration bedöms. De insatser som är minst angelägna och som motsvarar 10 procent av nettokostnaderna ringas in.

TRE PROCENT LÄGRE

Sedan sätter sig cheferna i grupp och omprövar tillsammans den rangordning som skett inom alla verksamheter, så att det mynnar ut i ett förslag som sammantaget minskar nettokostnaderna med 4 procent. I ett sista steg möts företrädare för den politiska ledningen, verksamhetscheferna och tjänstemannaledningen. Då kokas förslagen ner till ett slutligt förslag om hur verksamheten kan minskas med 3 procent.

– Vissa verksamheter får minska sitt utbud mer än andra, men vi ser inget annat sätt. Det är viktigt att bli klar över vad som är möjligt att lyfta bort och vad man måste fortsätta med, säger Jan-Gunnar Sjödin.

Han jämför med den så kallade osthylvsprincipen.

– Många i vården är så trötta på sådan rationalisering som de tycker slår orättvist. Det stör mycket i verksamheterna när högre prioriterade insatser får lika stora sparbehandling som lägre rankade. Därför fanns en acceptans för att prioritera, säger Jan-Gunnar Sjödin.

NYA INSIKTER

I en enkät till de verksamhetschefer som deltog i Västerbottens läns landstings första

rangordningsvända tyckte 89 procent att prioriteringsarbetet var mycket eller ganska motiverat, 84 procent ville gärna eller förmodligen delta i liknande arbete igen och 84 procent tyckte att de fått nya insikter om den egna verksamheten. Så planen är att fortsätta.

– Det är ett långsiktigt arbete – inte någon enstaka händelse. Om vi ska kunna erbjuda våra patienter nya och effektiva men samtidigt oerhört kostsamma behandlingsmetoder gäller det att ha ett medel för att hantera ekonomin, säger Jan-Gunnar Sjödin.

[CW]

RANKAS LÅGT I VÄSTERBOTTEN

Västerbotten räknar med att frigöra 114 miljoner kronor på två år genom prioriteringar. De åtta mest kostnadsbesparande åtgärderna som har föreslagits är:

1. att avstå från att förlänga avtal med Microsoft. Förväntas minska kostnaderna med ca 6 mkr.
2. att halvera användningen av teststickor för blodsocker i såväl primärvård som medicinsk vård. Beräknas innebära minskade kostnader med 5,8 mkr.
3. att begränsa kostnadsfria hemleveranser av läkemedel i primärvården. Förväntas minska kostnaderna med 4,5 mkr.
4. att prioritera bort 5 procent av landstingets datorpark. Ska innebära en kostnadsminskning med 4,5 mkr.
5. att begränsa inläggning av patienter på akutavdelning på grund av "causa soc", "oro" och liknande. Förväntas minska kostnaderna med 3,3 mkr.
6. att begränsa subventionen av viss lokal östrogenbehandling (Vagifem). Beräknas minska kostnaderna med 2 mkr.
7. att inte erbjuda återbesök hos läkare för kontroll efter genomgången lunginflammation utan symtom. Förväntas minska kostnaderna med 1,8 mkr.
8. att begränsa förskrivningen (dvs subventionen) av samtliga receptfria läkemedel. Förväntas minska kostnaderna med 1,7 mkr.

Källa: Västerbottens läns landsting

Evidens kan få pengarna att räcka längre

Med en åldrande befolkning och stramare budgetar blir det allt svårare att få råd med kostsamma insatser. Frågan väcks: hur ska vården finansieras i framtiden? Evidens är ett sätt att få mer vård för pengarna.

I kärva ekonomiska tider begränsas sjukvårdens handlingsutrymme. Men oavsett konjunkturläget kommer sjukvården sannolikt att behöva göra striktare prioriteringar i framtiden, både i Sverige och internationellt.

I det arbetet har evidens en roll att spela. När vården byggs på bästa möjliga vetenskapliga grund kan resurser omfördelas så att de används effektivare. Möjligheter att använda kostsamma metoder kan då öppna sig, trots de ekonomiska begränsningarna.

ÖKAD BETYDELSE

– Vetenskapliga utvärderingar, som gör att vården kan byggas på evidens, kommer antagligen öka i betydelse, både som stöd till beslutfattare och i den kliniska verksamheten.

Det säger Egon Jonsson, som startade SBU i mitten av 1980-talet och som numera är chef för en liknande organisation i Kanada: *Institute of Health Economics* i Alberta.

– Med evidens blir vårdkvaliteten högre och kostnaderna sjunker, säger han.

För svensk del räknar Sveriges kommuner och landsting (SKL) med att det redan år 2011 saknas 15 miljarder för att klara de krav som följer enbart av befolkningens åldersfördelning. Det framgår av SKL:s senaste ekonomirapport. Enligt SKL kommer det att krävas fortsatt effektivisering, även om enbart detta inte räcker för att klara finansieringen.

TUFFT ATT FINANSIERA

På längre sikt kan den finansiella situationen bli än tuffare. Anders Klevmarken och Björn Lindgren, professorer i hälsoekonomi vid Uppsala respektive Lunds universitet, har målat upp ett möjligt scenario fram till år 2040.

”Kostnaderna för sjukvård kommer att öka med 270 procent när de många fyrtiotalisterna åldras. Sjukvårdens kostnader skulle då stiga till en andel av skatterna på 36 procent, mot idag 20 procent”, skriver de båda hälsoekonomerna i en rapport från 2008.

Och Sverige är inte unikt. Världshälsoorganisationen WHO har pekat på att alla sjukvårdssystem i EU står inför utmaningar till följd av höga kostnader.

Michael Drummond, professor i hälsoekonomi vid *University of York*, tror att det måste tas tuffare beslut i alla länder.

– Sjukvårdskostnaderna

kommer att stiga snabbare än inflationen, medan budgetarna i bästa fall hänger med inflationen. Så fler behandlingar måste nekas patienter inom ramen för budget, säger Drummond.

Det finns flera möjligheter att hushålla med vårdens resurser, men få instrument är så varsamma som att använda evidens, enligt Egon Jonsson.

– Evidens skadar inte patienten. Metoden är rättvis och jämlik. Andra sätt att gå tillväga, till exempel att regeringen säger att sjukvården inte får kosta mer än en viss summa och sedan får den agera inom den ramen, leder till verkligt tuffa neddragningar som drabbar olika grupper orättvist, säger han.

FRIGÖR RESURSER

SBU har i flera projekt visat att evidensbaserad vård kan frigöra resurser, som sedan kan användas effektivare på andra håll.

Ett tydligt exempel är arbetet med hjärnskakning. En rapport från år 2000 slog fast att kunskapen var otillräcklig om vilket alternativ som var bäst för patienten, övervakning på sjukhus eller datortomografi och tidig hemgång. SBU initierade då en randomiserad multicenterstudie som publicerades år 2006 och som visar att det inte är någon skillnad i medicinska resultat mellan alternativen. SBU:s rapport visar

samtidigt att den totala kostnaden kan minska med en tredjedel med den nya strategin datortomografi och hängång i stället för inläggning på sjukhus. Vårdresurser motsvarande 40 miljoner kronor skulle därmed kunna frigöras och användas till andra vårdinsatser.

Också Michael Drummond tror att utvärderingsforskningens betydelse kommer att öka i framtiden.

– Det som händer är att beslutfattare alltmer använder evidens regelmässigt i de beslut som fattas. Därmed blir evidens mer en del av hur systemet styrs än någonting som tycks användbart men som inte är obligatoriskt, säger han.

STÖRST NYTTA

En stor fråga för framtiden när det gäller evidens är enligt Egon Jonsson att avgöra vilka som får del av de nya behand-

lingsmetoder som kommer.

– Innovationstakten är hög och nästan alla de nya teknologierna är bra, men inte för alla. Man behöver avgöra vilka människor som har störst nytta av dem. I Sverige blir en individualiserad bedömning dessutom viktigare än i andra länder, eftersom alla är vana vid att det ska vara jämlikt, att alla har tillgång till samma vård, säger Egon Jonsson.

MARGINELL HJÄLP

Även Michael Drummond påpekar att en metod kan vara värd att använda för vissa patienter – även om den inte bör vara tillgänglig så generellt som den marknadsförts.

– Vissa metoder, som inte är särskilt kostnadseffektiva, betalas inte av hälso- och sjukvårdssystemet i Storbritannien men patienter kan fortfarande betala för dem själva. Tanken är att använda resurserna bättre genom att

inte slösa pengar på behandlingsmetoder som patienterna bara blir marginellt hjälpta av, säger Michael Drummond.

De industrialiserade länderna kan, enligt honom, delas in i olika kategorier. Vissa har en bestämd begränsad budget för hälso- och sjukvård under en specifik tid och måste därför göra val inom ramen för budget. Hit hör Storbritannien och Sverige. I andra länder, som USA och i viss mån Tyskland, är det mer öppet hur mycket som kan spenderas under en viss tid.

ÄNDRAR SYSTEM

– I USA ökar kostnaden för hälso- och sjukvården. Där är man inte säker på hur kostnaderna ska klaras på tio års sikt, säger Michael Drummond.

USA:s president Barack Obama vill ändra det amerikanska sjukvårdssystemet. En



VÅRDEN I ENKLA SIFFROR

- Sjukvårdskostnadernas andel av BNP: 9,1 procent
- Läkemedelskostnadernas andel av sjukvårdsutgifterna: 12,7 procent
- Antal bäddar i akutsjukvården, per 1 000 invånare: 2,1
- Antal bäddar i akutsjukvården (totalt): 19 309
- Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare: 16 481

Källa: OECD Health Data, juni 2009
Uppgifterna avser år 2007.



Matton

statlig satsning på 1,1 miljard dollar på det som kallas *Comparative Effectiveness Research*, CER, ingår i planerna. CER är ett nytt begrepp för den utvärderingsforskning som SBU och andra europeiska organisationer gör i dag.

– USA kommer att investera mycket pengar i utvärderingsstudier. Men det är inte klart hur resultaten ska användas. Det finns inga bestämmelser i det amerikanska systemet om att begränsa sjukvården baserat på evidens. Jag tror att processen att ändra systemet kommer att gå långsamt, bland annat eftersom lobbyorganisationerna är så starka, säger Michael Drummond.

UNDVIKER DISKUSSION

Egon Jonsson tror att det egentliga syftet med CER är att hushålla med resurserna och samtidigt höja vårdkvaliteten – även om Obama-administrationen just nu undviker att diskutera kostnadseffektivitet, eftersom många institutioner och kon-

gressen anser att man inte ska tala om kontroll av kostnader när det gäller vårdreformer.

– De första åren kommer CER att vara helt orienterat på de kliniska aspekterna, men snart kommer de styrande att inse att de inte kan gå vidare utan att granska de ekonomiska konsekvenserna av sjukvården. Så kostnadseffektivitet kommer snart att byggas in i CER. Det tredje steget blir att se över vårdens policy, säger Egon Jonsson.

Han tycker också att det är viktigt att understryka att arbetet med att evidensbasera vården inte ska ses som något bakåtsträvande.

– Evidens ska även användas för att snabba på spridningen av nya metoder som medför stora fördelar för patienterna. Vårdens syfte är ju inte alls att spara pengar. Evidensbaserad vård betyder att bättre och säkrare metoder tillämpas. Det leder till högre kvalitet och därmed ofta till att tillgängliga resurser utnyttjas bättre. [CW]

Lästips

- Klevmarken A, et al. Simulating an Ageing Population. Contributions to Economic Analysis. Bingley, UK: Emerald Group Publishing, 2008.
- Thomson S, et al. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization 2009. Kan laddas ner som pdf från www.euro.who.int/document/E92469.pdf
- Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – oktober 2009. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.
- af Geijerstam JL, et al. OCTOPUS Study Investigators. Medical outcome after immediate computed tomography or admission for observation in patients with mild head injury: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:465.
- Norlund A, et al. OCTOPUS Study. Immediate computed tomography or admission for observation after mild head injury: cost comparison in randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:469.
- SBU. Hjärnskakning – övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? (uppdatering) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2006. SBU-rapport nr 180.



Brittisk rapport jämför metadon och buprenorfin

Fler heroinmissbrukare fortsätter behandling med metadon än med buprenorfin, samtidigt som det är känt att buprenorfin har vissa fördelar från säkerhetssynpunkt. På kort sikt är de båda preparatens kostnadseffektivitet likartad, enligt en brittisk utvärdering.

Syftet med att behandla heroinmissbruk med metadon eller buprenorfin är att förbättra hälsa och social funktion samt att minska dödligheten genom att hindra återfall i missbruk.

En brittisk litteraturoversikt publicerad 2007 bekräftar SBU:s slutsats från 2001 att underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin minskar opioidmissbruk och leder till att fler personer fullföljer behandlingen.

Nyttillkomna studier visar också att fler stannar kvar i behandling med metadon än med buprenorfin vid flexibel, individanpassad dosering, vilket numera är det vanliga.

I övrigt har de båda läkemedlen snarlika positiva effekter. Studierna visar ingen skillnad när det gäller andelen patienter som förblir drogfria under pågående behandling. Antalet livskvalitetsjusterade levnadsår (QALY) och behandlingskostnader skiljer bara marginellt mellan preparaten – uppgifter som har tillkommit efter SBU:s rapport.

I en kommentar till över-

sikten framhåller SBU att det är en brist att författarna inte tar hänsyn till problemen med illegal användning av läkemedlen. Ett problem är också att biverkningar inte utvärderas. Ogynnsamma händelser rapporteras sällan i dessa studier. Annan kunskap om läkemedlens egenskaper och användning talar dock för att buprenorfin har vissa fördelar från säkerhetssynpunkt.

FÖRBÄTTRAD EFFEKT

Den brittiska rapporten visar vidare att positiva incitament, till exempel ekonomisk belöning vid opioidfria urinprov, kan förbättra effekten av underhållsbehandling. Dessa metoder förekommer inte i svenska behandlingsprogram.

I Sverige förskrivs metadon

och buprenorfin huvudsakligen vid specialistkliniker. Enligt rapporten är resultatet detsamma om primärvårdsläkare förskriver dem. Författarna diskuterar dock inte om kontrollen av läkemedlen kan upprätthållas lika väl i olika sjukvårdsmiljöer, och om detta kan spela roll för spridning och missbruk av preparaten utanför programmen.

De studier som ingår i rapporten har också vissa begränsningar. De flesta försöksdeltagarna är män. De har inte allvarlig psykisk sjukdom eller hiv/aids, vilket skiljer dem från många patienter i underhållsbehandling. Patienterna har oftast inte följts längre än ett år – en kort tid med tanke på att behandlingen ibland är livslång. [RL]



Matton

SBU:S KOMMENTAR

SBU kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

Behandling av opioidberoende med metadon och buprenorfin

Syftet med att behandla opioidberoende med metadon eller buprenorfin är att förbättra hälsa och social funktion samt att minska dödligheten genom att hindra återfall i missbruk.

En ny brittisk litteraturoversikt ger ytterligare stöd för att metadon och buprenorfin minskar opioidmissbruk och leder till att fler personer fullföljer behandling. Jämfört med buprenorfin, leder metadon till att fler heroinmissbrukare stannar kvar i behandlingsprogrammet, samtidigt som det är känt att buprenorfin har vissa fördelar ur säkerhetssynpunkt. Skillnaden mellan preparaten i kostnadseffektivitet är mycket liten.

Läs SBU:s kommentar på www.sbu.se

Se även den brittiska rapporten: Connock M, et al. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2007;11(9).

Tidigare SBU-rapport: Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (SBU, 2001)

På grund av ökat missbruk utfärdade svenska Läke-medelsverket efter en hearing våren 2008 nya rekommendationer för buprenorfin: www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2008/Hearing-om-Subutexmissbruk/

Löpsedlar fungerar som läkemedelsreklam

En annons som påstår att ett receptbelagt piller kan bota depression på tio dagar skulle bötfällas. På en löpsedel är det fritt fram. Kvällspressen har ett etiskt problem när löpsedlarna fungerar som textreklam, skriver Håkan Bengtsson.

”Genombrott – ny MEDICIN presenterades på läarkongress BOTAR bröst- och prostata-CANCER”

”Nytt piller kan BOTA DIN ORO & ÅNGEST
Läkaren: Hjälper på bara tio dagar”

Det behöver i och för sig inte vara fel på artiklarna inne i kvällstidningen. Men från pressetisk synpunkt blir det problematiskt när innehållet skruvas och spetsas till i rubrik efter rubrik fram till löpsedeln. Genom att flitigt använda garderingen ”kan”, blåser tidningen upp nyttan av nya behandlingar. Det blir braskande påståenden som säljer – men som också undergräver journalistikens trovärdighet.

VIFTAR BORT

Kvällspressen brukar vifta bort kritiken med att den framförs av kverulanter som aldrig läser kvällstidningar (något som snarare borde stämma till en viss eftertanke, inte minst mot bakgrund av ständigt sjunkande upplagesiffror).

Löpsedlar försvaras också med att de är ett slags ”försäljningsaffischer, annonser för dagens bästa nyhet”. Med detta vill man ge sken av att



innehållet och utformningen egentligen inte ska räknas som journalistik och inte ska bedömas utifrån de vanliga publicerings- och yrkesregler som både utgivare och journalister gärna bekänner sig till.

Men argumentet håller inte. Journalisternas egna Spelregler för press, radio och tv¹ anger att både ”löpsedel, rubrik och ingress skall ha täckning i texten”.

OLAGLIGT

En annons som publiceras på betald plats inne i tidningen och som påstår att ett nytt piller kan bota depression på tio dagar skulle omedelbart förbjudas – vid vite. Där är det olagligt att rikta sig direkt mot konsument med sådana påståenden om läkemedel.

Men på löpsedlar är det snarast satt i system.

För lobbyister i läkemedelsbranschen är detta förstås guld värt. Inte nog med att en löpsedel kan skapa efterfrågan och förväntningar på ett nytt läkemedel innan det ens är godkänt. Den blir också en kanal för falska löften som skulle vara omöjliga att publicera ens i egna broschyrer. Och tidningarna står snällt för alla kostnader.

SKA VARA VAKSAM

Den korrekta beteckningen på detta är ”textreklam”, och det vill ingen någorlunda seriös journalist eller utgivare syssla med. I Spelreglerna heter det bland annat att man ska vara särskilt vaksam och kritisk ”inom områden där lagen inskränker rätten att

publicera reklam, till exempel för läkemedel, tobak, alkohol och reklam riktad till barn”.

Tidigare kunde brott mot reglerna om textreklam anmälas till en textreklam-kommitté, som bestod av representanter för Journalistförbundet och Tidningsutgivarna. Kommittén gick i graven år 2006 och orsaken var inte brist på ärenden.

I dagsläget får enskilda konsument/läsare vända sig till en tidnings ansvarige utgivare, ”påtala” det de uppfattar som textreklam och hoppas på åtminstone ett svar. Sedan januari 2009 finns också reklamombudsmannen, RO, dit man kan anmäla all typ av reklam som man anser vara oetisk, www.reklamombudsmannen.org.

PRODUCERAS ANONYMT

I dag produceras löpsedlar anonymt. De är pressens ansikte utåt – men ett ansikte utan namn och personligt professionellt ansvar. Detta skiljer dem från det mesta annat som går under journalistisk flagg.

Som ett led i en mer omfattande självsanering borde tidningarna införa samma praxis för löpsedelsmakare som för reportrar. Förse varje löp med en byline, en namn-given upphovsman med bild och e-postadress.

Håkan Bengtsson
medicinjournalist, frilans
hb@ordslojd.se

Lästips

1. Spelregler för press, radio och tv. Journalistförbundet:
www.sjf.se/portal/page?_pageid=53,38437&_dad=portal&_schema=PORTAL



SBU-nämnden för medicinsk utvärdering

Nina Rehnqvist (ORDF)
KAROLINSKA INSTITUTET

Peter Aspelin
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

Håkan Billig
VETENSKAPSRÅDET

Håkan Ceder
SOCIALSTYRELSEN

Anna-Karin Eklund
VÄRDFÖRBUNDET

Ulf Hållmarker
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Björn Klinge
KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Nilsson Bågenholm
SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Måns Rosén
SBU

Håkan Sörman
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Sabina Wikgren Orstam
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Direktör SBU

Måns Rosén

SBU:s råd

David Bergqvist (ORDF)
KIR KLIN, AKAD SJUKHUSET, UPPSALA

Björn Beermann
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Christina Bergh
KVINNOKLIN, SAHLGRENSKA UNIV SJH,
GÖTEBORG

Cecilia Björkelund
AVD F ALLMÄNMED, GBG:S UNIV

Sölve Elmståhl
GER UTV CENTR, UNIV SJH MAS, MALMÖ

Mats G Hansson
INST F FORSKNINGS- OCH BIOETIK,
UPPSALA UNIV

Mikael Hellström
AVD F RADIOL, SU/SAHLGRENSKA, GBG

Margareta Möller
VÄRDVET FORSKNOCENTR, UNIV SJH,
ÖREBRO

Jörgen Nordenström
BRÖST- & ENDOKRINKIR KLIN,
KAROLINSKA UNIV SJH, SOLNA

Olof Nyrén
INST F MED EPID & BIOSTAT, KI, SOLNA

Ulf Näslund
HJÄRTCENTR, NORRL UNIV SJH, UMEÅ

Joakim Ramsberg
I3 INNOVUS, STOCKHOLM

Bo Runeson
INST F KLIN NEUROVET, KI, SOLNA

Gunnel Svensäter
ODONT FAKULTET, MALMÖ HÖGSKOLA

Ania Willman
SEKT F HÄLSA, BLEKINGE TEKNISKA
HÖGSKOLA, KARLSKRONA

SBU Alertrådet

Jan-Erik Johansson (ORDF)
UROLOGKLIN, UNIV SJUKHUSET,
ÖREBRO

Christel Bahtsevani
HÄLSA & SAMHÄLLE, MALMÖ HÖGSK

Lars Borgquist
ALLM MED & HÄLSOEK, LINKÖPINGS
UNIV

Bo Carlberg
FOLKHÄLSA & KLIN MED, UMEÅ UNIV

Jane Carlsson
INST ARB TER/FYSIOTER, GBG:S UNIV

Per Carlsson
CMT, LINKÖPINGS UNIV

Björn-Erik Erlandsson
MED TEKN, STHLMS LÄNS LANDSTING

Mårten Fernö
EXP ONKOLOGI, LUNDS UNIV

Stefan Jutterdal
LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Viveca Odlin
LÄKEMEDELSVERKET, UPPSALA

Anders Rydh
MED RADIOL & NUKLEARMED, NORRL
UNIV SJH, UMEÅ

Thomas Tegenfeldt
SOCIALSTYRELSEN, UMEÅ

Jan Wahlström
KLINISK GENETIK, GBG:S UNIV

Anna Åberg Wistedt
SBU

SBU:s lekmannaråd

Victoria Dyring (ORDF) *Ulla Arnberg,*
Marie-Jeanette Bergvall, Alex
Eckerström, Barbro Fröding, Anne
Kalmering Josephson, Birgitta
Karlström, Sam Sandberg

METODER FÖR UTVÄRDERING TOR 3 DEC, 2009

How to assess health technologies with high quality, transparency and transferability? Towards a common methodology.

Plats: Hörsalen, Olof Palmes gata 17, Stockholm

Under Sveriges ordförandeskap bjuder SBU in medlemmar från det europeiska nätverket för medicinsk utvärdering (EUnetHTA) till en metodkonferens i Stockholm. Syftet är att utbyta erfarenheter av att göra utvärderingar med hög kvalitet och transparens kommer att användas i flera länder. Erfarenheter av att sammanställa och evidensgradera studier inom HTA kommer att presenteras och diskuteras. Konferensen hålls på engelska. Begränsat antal deltagare.

Arr: SBU och EUnetHTA

Mer info: www.sbu.se/upload/Dokument/InvHTAConfSthlmDec3_Spread.pdf

EVIDENSBASERAD VÅRD I ÖST MÅN-TIS 7-8 DEC, 2009

Tema: Utvärdering & prissättning

Plats: Jagiellonian University Auditorium Maximum, Krakow, Polen

Det fjärde internationella symposiet om evidensbaserad vård med fokus på länder i centrala och östra Europa. Reglerad prissättning av läkemedel och andra medicinska metoder kommer att diskuteras. Deltagaravgift. Begränsat antal platser.

Arr: Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHc) och Kozminski University

Mer info: www.ceestahc.org/en/symposium.html

BESTÄLL SBU:S PUBLIKATIONER! Skicka in kupongen eller faxa till 08-779 96 10

SAMMANFATTNINGAR 2007-2009 Kostnadsfria*

-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 501-52
-ex Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 501-51
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 501-50
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 501-49
-ex Vacciner till barn (2008), nr 501-48
-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppen vinkelglaukom (2008), nr 501-47
-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2007), nr 501-45
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 501-44
-ex Benartärsjukdom (2007), nr 501-43
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdat (2007), nr 501-46
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007), nr 501-42
-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 501-41
-ex Obstruktivt sömnapné syndrom (2007), nr 501-40
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 501-39

Fler sammanfattningar kan beställas på www.sbu.se

PATIENTINFORMATION Kostnadsfria*

-ex Läkemedel på äldre dar – Frågor och svar (2009), nr 401-14
-ex Till dig som vill veta mer om tidig fosterdiagnostik (2008), nr 401-13
-ex Rör i örat hos barn – Frågor och svar (2008), nr 401-12
-ex Behandling av långvarig smärta – Frågor och svar (2006), nr 401-11
-ex Behandling av ångestsjukdomar – Frågor och svar (2006), nr 401-10
-ex Behandling av depression – Frågor och svar (2004), nr 401-9
-ex Vad hjälper mot fetma? (2003), nr 401-8
-ex Känner du någon som dricker för mycket? – Frågor och svar (2002), nr 401-6
-ex Akut rygg- och nacksmärta (2001), nr 401-5
-ex Behandling av urininkontinens (2001), nr 401-4

Trycksaker och faktura* skickas till:

Namn
 Postadress

 E-post

* Vid beställning av större antal kostnadsfria trycksaker debiteras frakt.

Frankeras ej.
Mottagaren
betalar portot.

SBU

Statens beredning för medicinsk utvärdering

Svarspost

Kundnr 200 876 34

I 10 03 Stockholm

Olika prislappar på effekten av pulsåderscreening

Det finns starka belägg för att massundersökning av stora kroppspulsådern hos äldre män räddar liv. Men nya danska siffror antyder att screening under vissa förhållanden kan vara klart mindre kostnadseffektivt än vad andra har visat.

I en rapport från 2008 drog SBU Alert slutsatsen att ultraljudsundersökning av alla 65-åriga män för att upptäcka

bråck på stora kroppspulsådern är livräddande, kostnadseffektivt och etiskt försvarbart.

En nyligen publicerad tio-årsuppföljning av en brittisk randomiserad studie bekräftar att dödligheten till följd av pulsåderbråck i buken minskar med hjälp av massundersökning och efterföljande operation.¹ Med hjälp av sina nya resultat, som bygger på data från 68 000 män mellan 65 och 74 år, beräknar förfat-

tarna en kostnadseffektivitet som även på lång sikt är mycket god.

Men en dansk forskargrupp kommer samtidigt med helt andra siffror, som publiceras i samma nummer av *British Medical Journal*. Den danska modellstudien, som bara gäller 65-åringar, visar en betydligt högre kostnad för varje räddat år av liv, det vill säga klart sämre kostnadseffektivitet.²

Skillnaden mellan beräkningarna diskuteras i en åtföljande ledare,³ som påpekar att diskrepansen bara delvis kan förklaras med uppgifter som redovisas i de båda artiklarna. Att de studerade människors ålder var olika kan spela roll, liksom att det är dyrare att genomföra screening i Danmark än i Storbritannien. En annan orsak kan vara att det i Danmark är mindre skillnad i kostnad för en akut operation och ett planerat ingrepp.



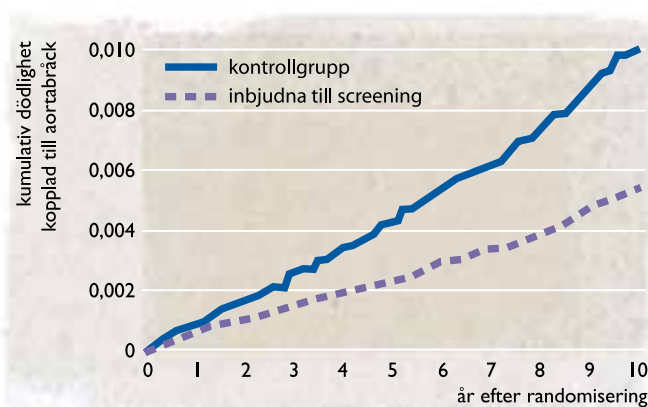
–Vi planerar att granska den danska analysen närmare och återkomma med en mer utförlig kommentar, säger Ingemar Eckerlund, hälsoekonom vid SBU. Preliminärt kvarstår dock SBU Alerts slutsats att screening för pulsåderbråck i buken är kostnadseffektivt. [RL]

Lästips

1. Thompson SG, et al. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ* 2009;338:b2307.

2. Ehlers L. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. *BMJ* 2009;338:b2243.

3. Buxton MJ. Screening for abdominal aortic aneurysm. *BMJ* 2009;338:b2185.



Källa: Thompson SG, et al. *BMJ* 2009;338:b2307. Diagram: Björn Lundkvist

BESTÄLL SBU:S RAPPORTER! Skicka in kupongen eller faxa till 08-779 96 10

SBU-RAPPORTER 2004–2009

Priset på rapporterna är exkl moms och frakt. Beloppet faktureras.

-ex Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196, 200 kr
-ex Patientutbildn vid diabetes (2009), nr 195, 200 kr
-ex Egna mätningar av blodglukos vid typ 2-diabetes utan insulinbeh (2009), nr 194, 150 kr
-ex Äldres läkemedelsanvändning (2009), nr 193, 200 kr
-ex Vacciner till barn (2008), nr 191, 250 kr
-ex Diagnostik, uppföljning och behandling av öppenvinkelglaukom (2008), nr 190, 200 kr
-ex Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2007), nr 189, 200 kr
-ex Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188, 200 kr
-ex Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187, 250 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck, uppdaterad (2007), nr 170/1U, 200 kr
-ex Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (2007). Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se.

-ex Dyspepsi och reflux (2007), nr 185, 200 kr
-ex Obstr Sleep Apnoea Syndrome (-07), 184E, 200 kr
-ex Nyttan av att berika mjölk med folsyra (2007), nr 183, 125 kr
-ex Met f att främja fys aktiv (2007), nr 181, 200 kr
-ex Tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182, 200 kr
-ex Hjärnskanning – uppdat (2006), nr 180, 125 kr
-ex Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178, gratis!
-ex Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), nr 177/1+2, två volymer, 250 kr per volym
-ex Volym och kvalitet (2005), nr 179, gratis!
-ex Bettavikelser, tandreglering (2005), nr 176, 200 kr
-ex Riskbedömningar inom psykiatri – kan våld i samhället förutsägas? (2005), nr 175, 150 kr
-ex ADHD hos flickor (2005), nr 174, 150 kr
-ex Behandling av ångestsyndrom (2005), nr 171/1+2 två volymer, 200 kr per volym
-ex Förebyggande åtgärder mot fetma (2004), nr 173, 150 kr
-ex Måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr 170/1+2, två volymer, vol 1: 250 kr, vol 2: 150 kr
-ex Kronisk parodontit (2004), nr 169, 200 kr

Se www.sbu.se för publikationer från SBU Alert, SBU Kommentarer och mer info om våra rapporter.

Ja tack, jag vill gärna prenumerera kostnadsfritt på:

☐ Information om SBU via e-post (inkl Alert-rapporter och SBU Kommentarer)

☐ SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis*

I och med att du skickar in dessa uppgifter till SBU kommer uppgifterna att förtecknas i ett datorbaserat register hos SBU. Uppgifterna kommer att sparas hos oss för vårt uppföljningsarbete och kan eventuellt komma att användas för att skicka dig annat material från SBU.

Denna information föranleds av bestämmelserna i personuppgiftslagen, PuL. SBU är skyldig att på din begäran rätta, blockera och utplåna uppgifter enligt § 28 i PuL. Enligt PuL har varje registrerad rätt att en gång per år, efter skriftlig ansökan, erhålla besked om huruvida personuppgifter som rör den sökande behandlas eller ej (§ 26).